

研修申し込み用紙郵送先

〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2

杏林大学医学部附属病院 がんセンター事務局

「7月31日研修」担当者宛

## 研修申込用紙

研修名「看護師のための、がん患者とのコミュニケーション・スキル・トレーニング」

氏名(ふりがな)

年齢 ( ) 才

勤務先施設名

(所属部署 )

ご自宅住所 〒

連絡先

自宅電話

携帯電話

E-mail アドレス(必須)

現在の職種(○をお付けください)

1. 臨床看護師      2. 看護監督者(主任等)      3. 看護管理者(師長等)  
4. 専門看護師(領域 )      5. 認定看護師(領域 )  
6. 看護教員      7. その他( )

経験年数

看護師経験年数 ( ) 年

がん看護に従事した年数 ( )

ご記入いただきました内容については、個人情報保護法を遵守し、適切に管理いたします。